

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE ODONTOLOGIA

THAÍSE BERNARDO DA SILVA

ANÁLISE RETROSPECTIVA DOS TRATAMENTOS REALIZADOS NO CURSO DE  
ESPECIALIZAÇÃO EM ENDODONTIA DA UFRGS

Porto Alegre  
2016

THAÍSE BERNARDO DA SILVA

ANÁLISE RETROSPECTIVA DOS TRATAMENTOS REALIZADOS NO CURSO DE  
ESPECIALIZAÇÃO EM ENDODONTIA DA UFRGS

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Curso de Graduação em  
Odontologia da Faculdade de Odontologia  
da Universidade Federal do Rio Grande do  
Sul, como requisito parcial para Obtenção do  
título de Cirurgiã-dentista.

Orientador: Prof. Dr. Régis Burmeister dos  
Santos

Porto Alegre  
2016

### CIP - Catalogação na Publicação

Silva, Thaise Bernardo da  
Análise retrospectiva dos tratamentos realizados  
no curso de especialização em Endodontia da UFRGS /  
Thaise Bernardo da Silva. -- 2016.  
40 f.

Orientador: Régis Burmeister dos Santos.

Trabalho de conclusão de curso (Graduação) --  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade  
de Odontologia, Curso de Odontologia, Porto Alegre,  
BR-RS, 2016.

1. Endodontia. 2. Levantamento epidemiológico. 3.  
Registro de situações clínicas. 4. Registro de  
proservação. I. Santos, Régis Burmeister dos, orient.  
II. Título.

## **AGRADECIMENTOS**

Ao fim dessa etapa, gostaria de agradecer aos meus pais por permitirem que eu construísse minha trajetória dentro da Faculdade de Odontologia da UFRGS, sendo os meus maiores incentivadores e tendo me acompanhado com paciência e amor durante esses anos. Ao meu pai, Edalésio, por ser uma pessoa e um profissional exemplar e ter transmitindo todos os valores que carrego comigo. À minha mãe, Maribel, por ser exemplo de dedicação em tudo àquilo que faz e por ser o suporte necessário em todos os momentos da minha vida. Ao meu irmão, Thiago, por ser uma das grandes motivações para todas as minhas conquistas. Meu amor por vocês é incondicional.

Agradeço a todos os professores com os quais convivi nesses últimos 5 anos, que me ensinaram a amar a Odontologia e a buscar realizá-la sempre com excelência. Agradeço meu orientador, Prof. Dr. Regis Burmeister dos Santos, pela tranquilidade, paciência e otimismo com que me orientou nesse trabalho. A todos os professores da Endodontia com os quais convivi nos últimos anos de monitoria, durante a realização do meu TCC e nas atividades clínicas, agradeço por todos os ensinamentos teóricos e práticos que me proporcionaram e por hoje fazerem parte da minha banca avaliadora.

Agradeço a todos os meus amigos que entenderam minhas ausências, o nervosismo e os sentimentos variados que me acompanharam durante a faculdade. Agradeço em especial às minhas queridas amigas Isabela, Fernanda e Danielle, por estarem comigo em cada passo dessa trajetória, crescendo e aprendendo juntas.

Por fim, agradeço a todos que contribuíram para que hoje essa etapa se concluísse, e a todos que ainda farão parte da longa jornada que se inicia.

**MUITO OBRIGADA.**

## RESUMO

SILVA, Thaíse Bernardo da. **Análise retrospectiva dos tratamentos realizados no curso de especialização em Endodontia da UFRGS**. 2016. 41 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Odontologia) – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016.

Estudos acerca da epidemiologia dos tratamentos endodônticos contribuem para aumentar o índice de sucesso desses tratamentos. O objetivo desse trabalho foi realizar um levantamento dos casos atendidos no curso de especialização em Endodontia da UFRGS. Foram analisados 2246 casos realizados no período de 2008 a 2016. Foi preenchida uma tabela de acordo com as características de cada caso: situação endodôntica, presença de dor, tipo e duração da dor, presença de doença periodontal, grupo e número do dente, agente irrigante, técnica de obturação, acidentes e complicações, traumatismos, número de sessões, selamento e taxa de retorno para preservação. A taxa de informações não contidas nos prontuários foi alta. Do total de casos, 90% foram concluídos. Foi observada predominância dos casos de necrose pulpar, ausência de doença periodontal, molares como os dentes mais tratados, hipoclorito de sódio como agente irrigante mais utilizado, técnica obturadora híbrida de Tagger como mais frequente. Foi constatado baixo índice de registro de acidentes, assim como predominou o número de duas e três sessões de tratamento. O índice informado de retorno para preservação foi baixo. A diferença entre o percentual dos casos com e sem a presença de dor prévia ao tratamento não foi significativa.

Palavras-chave: Endodontia. Levantamento epidemiológico. Registro de situações clínicas. Registro de preservação.

## ABSTRACT

SILVA, Thaíse Bernardo da. **Retrospective analysis of the treatments done in the course of specialization in Endodontics of UFRGS.** 2016. 41 p. Final Paper (Graduation in Dentistry) – Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2016.

Studies about the epidemiology of the endodontic treatments help to increase the success rate of these treatments. The aim of this study was to survey the cases seen in the course of specialization in Endodontics UFRGS. 2246 cases were analyzed served from 2008 to 2016. A table according to the features of each case was filled: endodontic situation, pain, type and duration of pain, periodontal disease, group and tooth number, irrigant agent, filled technique, accidents and complications, trauma, number of sessions, sealing and rate of return for proservation. The rate of information not contained in the medical records was high. Of the total cases, 90% were concluded. It was observed predominance of cases of necrotic pulp, the absence of periodontal disease, as further treated molar teeth, sodium hypochlorite as the most used irrigant agent, filled technique of hybridizing Tagger as the most frequent. It has been found low accident record index as well as the number predominated 2 and 3 treatment sessions. The index reported return to proservation was low. The percentage difference between the cases with and without the presence of pain prior to treatment was not significant.

Keywords: Endodontic. Epidemiological survey. Registration clinical situations. Registration proservation.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1-	Percentual do número de cada dente tratado.....	23
-----------	---	----

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1-	Situação endodôntica.....	19
Gráfico 2-	Presença ou ausência de dor.....	20
Gráfico 3-	Dor espontânea e dor provocada.....	21
Gráfico 4-	Duração da dor.....	21
Gráfico 5-	Doença periodontal no dente analisado.....	22
Gráfico 6-	Grupo de dentes.....	22
Gráfico 7-	Situação coronária.....	24
Gráfico 8-	Agente irrigante.....	24
Gráfico 9-	Técnica de obturação.....	25
Gráfico 10-	Acidentes.....	26
Gráfico 11-	Material selador.....	26
Gráfico 12-	Número de sessões.....	27
Gráfico 13-	Retorno para preservação.....	28



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADA	American Dental Association
CIV	Cimento de ionômero de vidro
DP	Doença periodontal
RTC	Remoção de tecido cariado
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	10
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	14
2.1	OBJETIVO GERAL .....	14
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	14
<b>3</b>	<b>MATERIAL E MÉTODO</b> .....	15
3.1	ORIGEM DA PESQUISA.....	15
3.2	LOCAL DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA.....	15
3.3	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	15
3.4	DELINEAMENTO EXPERIMENTAL.....	15
3.5	AMOSTRA.....	15
3.6	PROCEDIMENTOS EXPERIMENTAIS.....	15
3.7	PROCESSAMENTO DOS DADOS E ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	18
<b>4</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	19
4.1	SITUAÇÃO ENDODÔNTICA.....	19
4.2	PRESENÇA DE DOR, TIPO E DURAÇÃO DA DOR.....	19
<b>4.2.1</b>	<b>Presença ou ausência de dor</b> .....	19
<b>4.2.2</b>	<b>Dor espontânea e dor provocada</b> .....	20
<b>4.2.3</b>	<b>Duração da dor</b> .....	21
4.3	DOENÇA PERIODONTAL DO DENTE ANALISADO.....	22
4.4	DENTE TRATADO.....	22
4.5	SITUAÇÃO CORONÁRIA.....	28
4.6	AGENTE IRRIGANTE.....	24
4.7	TÉCNICA DE OBTURAÇÃO.....	24
4.8	ACIDENTES.....	25
4.9	MATERIAL SELADOR DA CÂMARA PULPAR.....	26

4.10	NÚMERO DE SESSÕES.....	27
4.11	RETORNO PARA PROSERVAÇÃO.....	27
4.12	OUTRAS CONSIDERAÇÕES.....	28
<b>5</b>	<b>DISCUSSÃO.....</b>	<b>29</b>
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>34</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>35</b>
	<b>APÊNDICE A- FORMULÁRIO PARA COLETA DOS DADOS.....</b>	<b>38</b>
	<b>ANEXO A - DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA USO DE ARQUIVOS, REGISTROS E SIMILARES .....</b>	<b>39</b>
	<b>ANEXO B - TERMO DE COMPROMISSO DOS PESQUISADORES.....</b>	<b>40</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Alterações no tecido pulpar podem ser decorrentes de cáries, traumas e procedimentos restauradores que violam a integridade dos tecidos dentários. Essas alterações permitem a infecção do complexo dentino-pulpar, acarretando doenças pulpares e periapicais. O tratamento endodôntico visa diminuir a contaminação dos tecidos periapicais (PEREIRA; CARVALHO, 2008). A manutenção do dente na boca e sua função dentária normal, associadas à saúde bucal, são os objetivos que levam a prevenção e ao controle da infecção endodôntica. É nesse controle que se fundamenta a endodontia contemporânea. As etapas principais para esse controle da infecção são: o preparo químico-mecânico, a medicação intracanal e a obturação do sistema de canais radiculares (SIQUEIRA, 2012).

A desinfecção endodôntica deve se basear nos princípios biológicos dos processos inflamatórios e de reparo (LEONARDO; LEONARDO, 2012) utilizando-se de todos os recursos, físicos, químicos e biomecânicos disponíveis para um bom controle de infecção local. O estudo e a prática da endodontia englobam desde as ciências biológicas básicas até a prática clínica, bem como a etiologia, o diagnóstico, a prevenção e o tratamento das doenças da polpa (ALBUQUERQUE; ARCHER; SOUZA, 2011).

Apesar de haver avanços tecnológicos na odontologia, especialmente na área de endodontia, não há disponibilidade de métodos diagnósticos que determinem a condição real do tecido pulpar. Ainda utilizamos elementos sensitivos e visuais, o que gera incertezas no diagnóstico e no tratamento proposto (PEREIRA; CARVALHO, 2008). A boa realização do tratamento endodôntico está vinculada com o correto diagnóstico, adequada seleção do caso, respeito às condutas de biossegurança, planejamento das etapas operatórias, obediência aos princípios biológicos e mecânicos do preparo, uso de materiais biocompatíveis, restauração adequada do dente e preservação (ESTRELA; ESTRELA; FIGUEIREDO, 1999).

O tratamento endodôntico deve ser planejado a partir do correto diagnóstico da doença pulpar (SCAVO et al., 2011). A dor é um sintoma importante para o diagnóstico, mas não nos informa exatamente a magnitude da inflamação pulpar e

as possibilidades de reparação. A dor pulpar possui características diferentes, como quanto ao aparecimento (espontâneo ou provocado), a duração (longa ou curta), a frequência (contínua ou intermitente), a sede (localizada ou difusa) e a intensidade (severa, moderada, ou leve). Sendo assim, não podem ser consideradas isoladamente para estabelecer a condição histopatológica do tecido pulpar. A anamnese, o exame clínico, o exame de vitalidade pulpar e o exame radiográfico são fundamentais para estabelecer o correto diagnóstico (ESTRELA, 2004).

O tratamento endodôntico é singular para cada dente. De acordo com a etiologia e o diagnóstico, faz-se o planejamento da terapia endodôntica. Logo, diversos fatores influem na realização do tratamento, bem como no seu prognóstico. A condição pulpar se destaca entre estes fatores por retratar a presença ou não de contaminação radicular (LEONARDO; LEONARDO, 2012). As três condições enfrentadas na prática endodôntica são: polpa vital, polpa necrosada e retratamento, sendo apenas a primeira livre de infecção dos canais radiculares. Imura et al. (2004) mostraram um índice de sucesso de 94,6% em dentes sem lesão periapical prévia e 84,4% para os dentes que possuíam lesão. Para alcançar um elevado índice de sucesso em todas as situações precisamos de medidas terapêuticas diferentes para cada uma delas (SIQUEIRA, 2012).

As soluções irrigadoras possuem a função de manter a cadeia asséptica nos casos de pulpectomia e controlar infecções endodônticas. Além disso, devem apresentar tolerância pelos tecidos periapicais (ESTRELA et al., 2012). Os canais desinfetados são obturados para eliminar o espaço que poderia ser infectado ou para confinar a contaminação residual ao canal, impedindo que a mesma se propague para os tecidos periradiculares (SIQUEIRA, 2012). Os objetivos básicos da limpeza e modelagem do canal visam remover matéria orgânica, permitir que o irrigante atue e criar espaço para medicação e obturação (PETERS; PETERS, 2007). A restauração coronária adequada durante e após o tratamento endodôntico é essencial para o sucesso do tratamento (JOHNSON; GUTMANN, 2007).

Alguns fatores contribuem para que se obtenham resultados favoráveis nos tratamentos endodônticos. A idade do paciente, a localização do dente acometido, a extensão do material obturador e o uso de medicação intracanal são exemplos desses fatores. Por outro lado, a existência de lesão periapical reduz a possibilidade

de sucesso do tratamento (PETERS; PETERS, 2007). Atualmente, a menor possibilidade de sucesso está associada a canais sobre-obturados, dentes com lesões periapicais pré-existent e dentes que não possuem restauração pós endodontia adequada (PEREIRA JÚNIOR, 2010). Outros fatores, como a comunicação do dente com o periodonto também aumentam as taxas de insucesso do tratamento (SOUZA; REZENDE, 2008). O sucesso do tratamento endodôntico é determinado após algum tempo de sua realização, com a preservação através dos exames clínico e radiográfico (BARBIERI; PEREIRA; TRAIANO, 2010). Esses autores destacam a importância da preservação dos dentes tratados endodonticamente através de um estudo no qual realizaram o acompanhamento de 32 dentes tratados por acadêmicos.

Nos últimos anos, esses conhecimentos, aliados a modernização das técnicas, instrumentos e habilidades dos profissionais, bem como a maior preocupação com o aspecto biológico da contaminação dos canais radiculares, fizeram com que os índices de sucesso aumentassem. Estudos acerca da epidemiologia, etiologia e forma de tratamento contribuem para o entendimento da evolução dos problemas pulpares, sua prevenção e tratamento, aumentando o seu índice de sucesso (PEREIRA; CARVALHO, 2008).

Para a realização destes trabalhos de prevalência, o uso de prontuários em instituições de ensino tornou-se frequente. Nessa perspectiva, é imprescindível que as informações do atendimento clínico em endodontia sejam registradas em prontuários odontológicos, possibilitando seu uso de forma confiável em investigações (SILVA et al., 2011), além de pesquisas que contribuem para o aumento do conhecimento na área endodôntica. Ainda de acordo com esse autor, o prontuário tem funções clínicas, legais e administrativas. A ADA recomenda que as informações contidas nos prontuários sejam legíveis e objetivas, priorizando a clareza e o detalhamento do procedimento. O registro do paciente precisa identificá-lo, apresentar o diagnóstico do caso, justificar o tratamento e conter a documentação acerca do seu curso e do resultado alcançado (ZINMAN, 2011).

Segundo Charangowda (2010), registros adequados são parte vital da prática odontológica. O propósito desses registros é manter um cuidado adequado ao paciente e também o seu acompanhamento. Além disso, seu uso pode ocorrer em

investigações e ensino, bem como em questões éticas e forenses. A ADA recomenda que os prontuários contenham: dados de identificação pessoal do paciente (nome, idade, endereço, contatos); endereço do local de trabalho; históricos médico e odontológico; sinais e sintomas do paciente; plano de tratamento; documentos de diagnóstico; prescrição de medicamentos; evolução do tratamento; ordens de trabalhos laboratoriais; documentação de encaminhamento para outros profissionais, laudos e termo de consentimento informado (AMERICAN DENTAL ASSOCIATION, 2007).

Este trabalho visa realizar o levantamento dos casos atendidos no Curso de Especialização em Endodontia da Faculdade de Odontologia da UFRGS entre os anos de 2008 e 2016. Os tratamentos endodônticos foram analisados de acordo com sua situação pulpar, presença de dor, seu tipo e duração, existência de doença periodontal, número e grupo do dente, agente de irrigação, técnica de obturação, acidentes e complicações, traumatismos, número de sessões, selamento, taxa de retorno para preservação e situação coronária do dente tratado. A partir dele, podemos delimitar as características dos atendimentos realizados na especialização em endodontia dessa instituição.

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 OBJETIVO GERAL

O objetivo dessa pesquisa foi realizar uma análise dos tratamentos endodônticos para identificar as situações clínicas atendidas por alunos do curso de especialização em endodontia na Faculdade de Odontologia UFRGS baseado em fichas preenchidas durante a realização do tratamento endodôntico entre os anos de 2008 e 2016.

### 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Os objetivos específicos constituíram na identificação dos seguintes aspectos:

- a) Prevalência das situações endodônticas atendidas, entre elas: polpa vital, necrose pulpar e retratamentos endodônticos;
- b) Presença/ausência de dor e registrá-la conforme a sua classificação quanto ao estímulo e duração;
- c) Grupo e o número do dente acometido;
- d) Situação coronária do dente no momento que chegou ao primeiro atendimento;
- e) Agente de irrigação utilizado;
- f) Técnica de obturação utilizada em cada caso;
- g) Presença de acidentes ou complicações durante a realização do tratamento endodôntico, entre eles: degrau, perfuração, fratura de instrumento, extravasamento de material (cimento ou guta percha) e, previamente ao tratamento, o trauma;
- h) Material restaurador utilizado no selamento do dente após a realização do tratamento endodôntico;
- i) Número de sessões utilizadas para o término do tratamento endodôntico;
- j) Retorno para preservação;
- k) Visou, também, estabelecer um perfil dos atendimentos realizados na clínica de Especialização em Endodontia da UFRGS.



### **3 MATERIAL E MÉTODO**

#### **3.1 ORIGEM DA PESQUISA**

A pesquisa foi coordenada pelo Prof. Dr. Regis Burmeister dos Santos, executada pela aluna de graduação Thaíse Bernardo da Silva.

#### **3.2 LOCAL DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA**

A pesquisa foi realizada no Laboratório de Endodontia da Faculdade de Odontologia da UFRGS, na cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul.

#### **3.3 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS**

Essa pesquisa segue as condições estabelecidas na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). O projeto foi aprovado pela Comissão de Pesquisa da Faculdade de Odontologia da UFRGS. O Termo de Compromisso dos Pesquisadores (ANEXO B) foi assinado pelos pesquisadores.

#### **3.4 DELINEAMENTO EXPERIMENTAL**

Foi realizado um estudo observacional transversal, de natureza retrospectiva.

#### **3.5 AMOSTRA**

A amostra foi constituída por todas as fichas endodônticas contidas nos prontuários dos pacientes atendidos na Clínica de Especialização em Endodontia no período compreendido entre os anos de 2008 a 2016.

#### **3.6 PROCEDIMENTOS EXPERIMENTAIS**

Os dados foram obtidos no arquivo de Prontuários Odontológicos do curso de Especialização de Endodontia da UFRGS. Foi obtida, do responsável pelo setor, uma autorização para acesso e utilização dos arquivos/registo, com a finalidade de realização da pesquisa (ANEXO A).

Foi utilizada uma ficha em forma de tabela para organizar a coleta de dados dos prontuários, preenchida pela pesquisadora Thaíse Bernardo da Silva, sob supervisão do pesquisador coordenador Regis Burmeister dos Santos.

Na ficha (APÊNDICE A) os dados foram registrados de acordo com o que segue:

- Origem do tratamento (polpa vital, polpa necrosada, retratamento);
- Presença/ausência, tipo/tempo de início da dor: os casos foram inicialmente separados entre presença, ausência ou dor não informada. Após houve a classificação de acordo com o tipo da dor (espontânea ou provocada) e sua duração (de acordo com o momento de início da dor). Dentes com o registro de ausência de dor e dentes sem informação quanto a presença de dor não receberam as classificações seguintes. Foi considerada a presença ou ausência de dor no momento em que o paciente chegou para atendimento, no início do tratamento endodôntico. Dentes com histórico de dor prévia, sem dor no momento do atendimento, foram considerados como ausência de dor.
- Presença/ausência de doença periodontal;
- Dente que recebeu tratamento endodôntico;
- Situação coronária: os dentes foram classificados de acordo com a condição que apresentavam ao chegarem ao setor de especialização. Estavam entre as opções da tabela: coroa íntegra, coroa restaurada, coroa com cárie, coroa restaurada com cárie, coroa fraturada, prótese ou situação coronária não informada. Especialmente quando a coroa estava fraturada, esta condição se sobressaía a todas as outras condições que o dente apresentava. Se o dente possuía prótese, nenhuma das outras condições era considerada. Próteses fraturadas foram consideradas como coroas fraturadas.

- Quanto ao agente irrigante utilizado, foram considerados o hipoclorito de sódio e a solução de clorexidina. Se os dois agentes foram utilizados, os dois foram marcados na tabela, não houve a opção do seu uso concomitante.
- Obturação: foram registradas as técnicas de condensação lateral, técnica híbrida de Tagger, o uso das duas técnicas no mesmo dente (em canais diferentes), casos em que a técnica obturadora não foi informada e outras formas de obturação (cone único, cones cortados, obturações com mta).
- Acidentes: foram considerados acidentes prévios ao atendimento na Especialização da Faculdade de Odontologia da UFRGS. Os registros foram feitos como “sem acidentes relatados” ou, quando houve acidente, foram como: degrau, perfuração, fratura de instrumento, extravasamento de cimento e extravasamento de cone de guta-percha. Quando houve mais de um acidente, os dois eram marcados.
- Traumatismos: foram registrados casos de traumatismos que necessitaram de posterior intervenção endodôntica;
- Selamento: o material registrado foi aquele utilizado para selar o dente na última sessão, após o término do tratamento endodôntico, tais como, resina composta, cimento de ionômero de vidro e selamentos com outros tipos de materiais provisórios (entre eles: CAVIT, MTA, IRM).
- Número de sessões empregadas no tratamento: foi calculado o percentual de tratamentos realizados em 1,2,3,4 sessões ou em 5 ou mais sessões. Quando o número de sessões não era informado ou não havia possibilidade de calcular esse número de acordo com os registros do prontuário, o caso foi incluído em “número de sessões não informado”.

- Taxa de retorno para preservação. foi levantado o retorno ou não dos pacientes para preservação de acordo com registros encontrados na ficha endodôntica. Casos sem relatos de retorno foram classificados como retorno não informado. Casos que retornaram para preservação e casos em que foi relatado que o paciente foi contatado e não compareceu a preservação foram classificados como retornou ou não retornou, respectivamente.

### 3.7 PROCESSAMENTO DOS DADOS E ANÁLISE ESTATÍSTICA

Procedeu-se uma análise estatística descritiva. Após a coleta e o registro nas tabelas do Excel, foi estabelecida a frequência absoluta e o percentual de cada dado levantado.

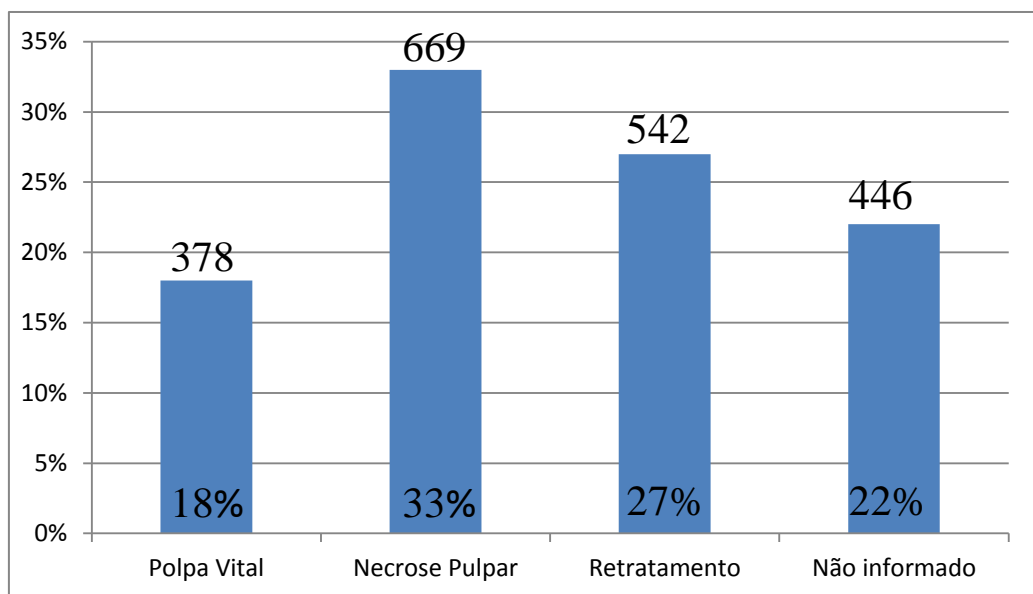
## 4 RESULTADOS

Foram analisados 2246 tratamentos endodônticos iniciados na Especialização em Endodontia da UFRGS, desses, 9% dos casos não foram concluídos (211/2246) e 91% foram concluídos (2035/2246). Das 13 variáveis levantadas em cada ficha endodôntica, obtivemos os resultados descritos a seguir:

### 4.1 SITUAÇÃO ENDODÔNTICA

Dos casos concluídos, foram encontrados: polpa vital em 18% (378/2035), necrose pulpar em 33% (669/2035), retratamento em 27% (542/2035) e situação endodôntica não informada em 22% (446/2035).

Gráfico 1- Situação endodôntica.



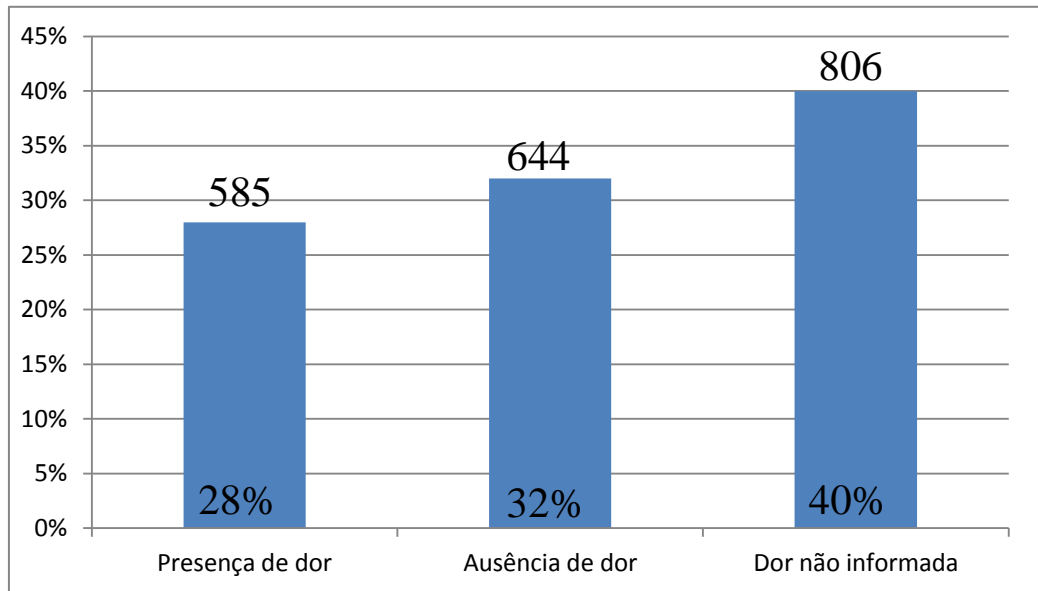
Fonte: da autora, 2016.

### 4.2 PRESENÇA OU AUSÊNCIA, TIPO E DURAÇÃO DA DOR

#### 4.2.1 Presença ou ausência de dor

Dos dentes analisados, 28% apresentavam dor no momento de início do tratamento (585/2035) e 32% não apresentavam dor (644/2035). Fichas sem informação quanto à presença ou ausência de dor foram 40% (806/2035).

Gráfico 2- Presença ou ausência de dor.

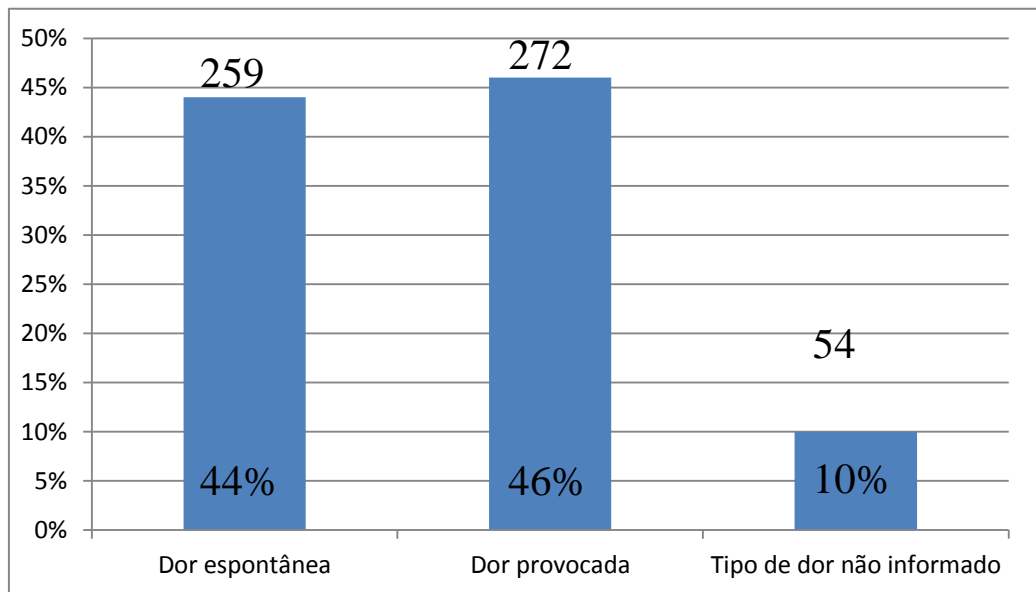


Fonte: da autora, 2016.

#### 4.2.2 Dor espontânea e dor provocada

Dos 585 dentes que receberam o registro do tipo de dor, 44% (259/585) estavam com dor espontânea, 46% (272/585) com dor provocada e 10% (54/585) não informavam o tipo de dor.

Gráfico 3- Dor espontânea e dor provocada.

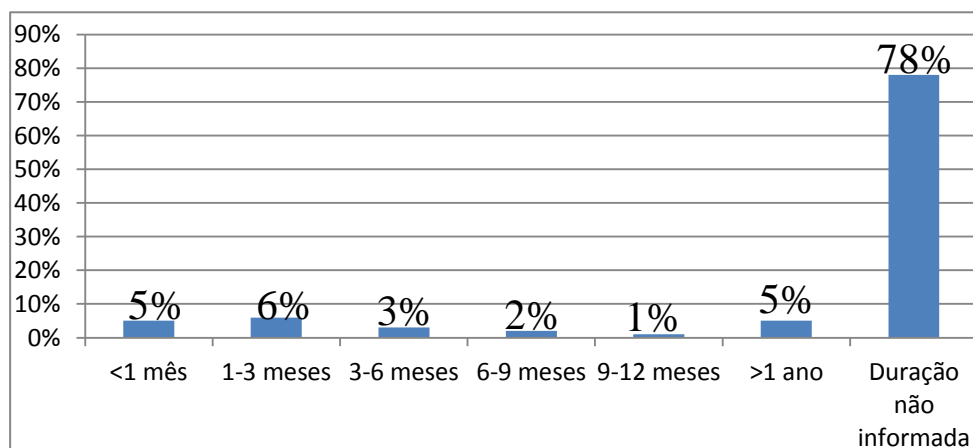


Fonte: da autora, 2016.

#### 4.2.3 Duração da dor

Deveria ser informada a partir do momento em que a dor iniciou até o momento em que chegou para atendimento. Quanto a duração da dor, foram encontrados os seguintes números: 5% (74/2035) dor há menos de 1 mês, 6% (79/2035) dor entre 1-3 meses, 3% (46/2035) 3-6 meses, 2% (28/2035) 6-9 meses, 1% (7/2035) 9-12 meses e 5% (70/2035) dor há mais de 1 ano. A duração da dor não foi informada em 78% (1087/20035) dos casos.

Gráfico 4- Duração da dor.

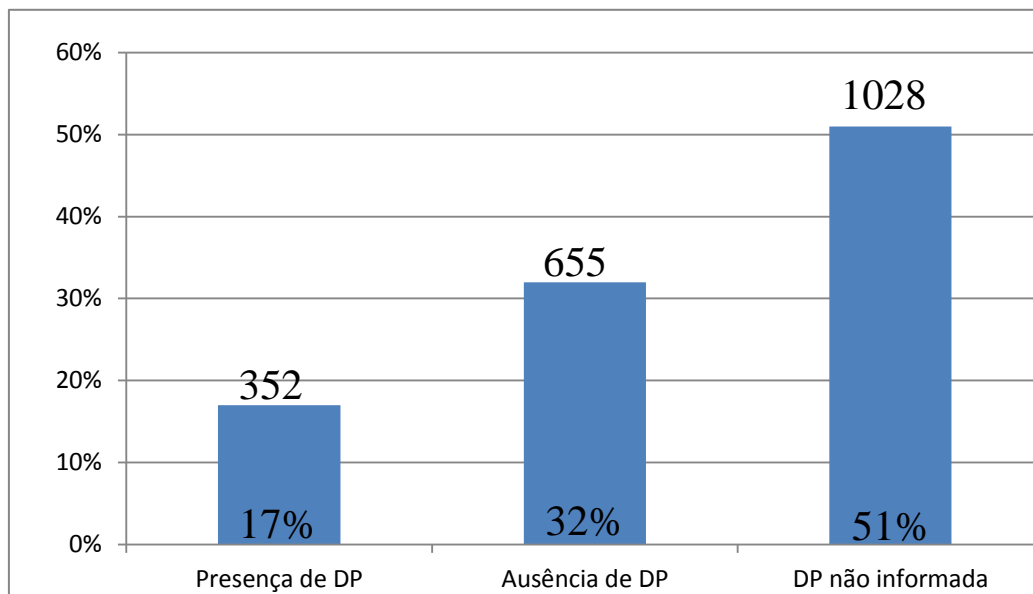


Fonte: da autora, 2016.

#### 4.3 DOENÇA PERIODONTAL NO DENTE ANALISADO

Os registros de doença periodontal nos dentes tratados apresentaram os seguintes resultados: 17% (352/2035) doença periodontal associada, 32% (655/2035) sem doença periodontal e em 51% (1028/2035) a presença ou ausência não foi informada.

Gáfico 5- Doença periodontal no dente analisado.



Fonte: da autora, 2016.

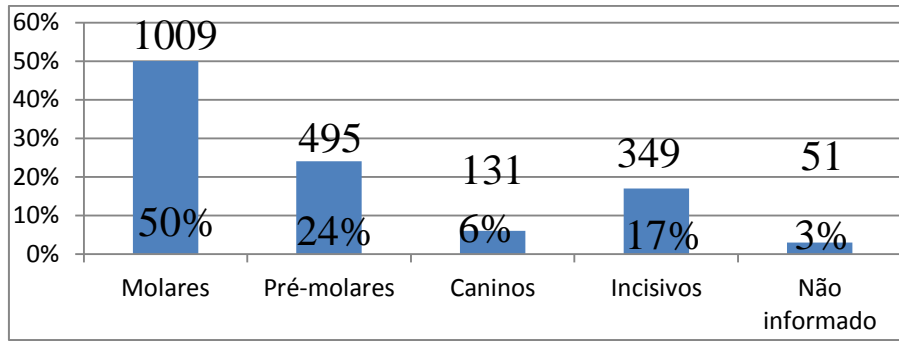
#### 4.4 DENTE TRATADO

O grupo de dentes que teve maior número de registros de tratamento endodôntico foram os molares com 50% dos casos (1009/2035), seguidos por pré-molares 24% (495/2035), incisivos 17% (349/2035), caninos 6% (131/2035). Em 3% dos casos o grupo a qual o dente pertencia não foi informado (51/2035).

O número e o percentual dos dentes mais acometidos são encontrados na tabela abaixo:

Gráfico 6- Grupo de dentes.





Fonte: da autora, 2016.

Tabela 1- Percentual do número de cada dente tratado

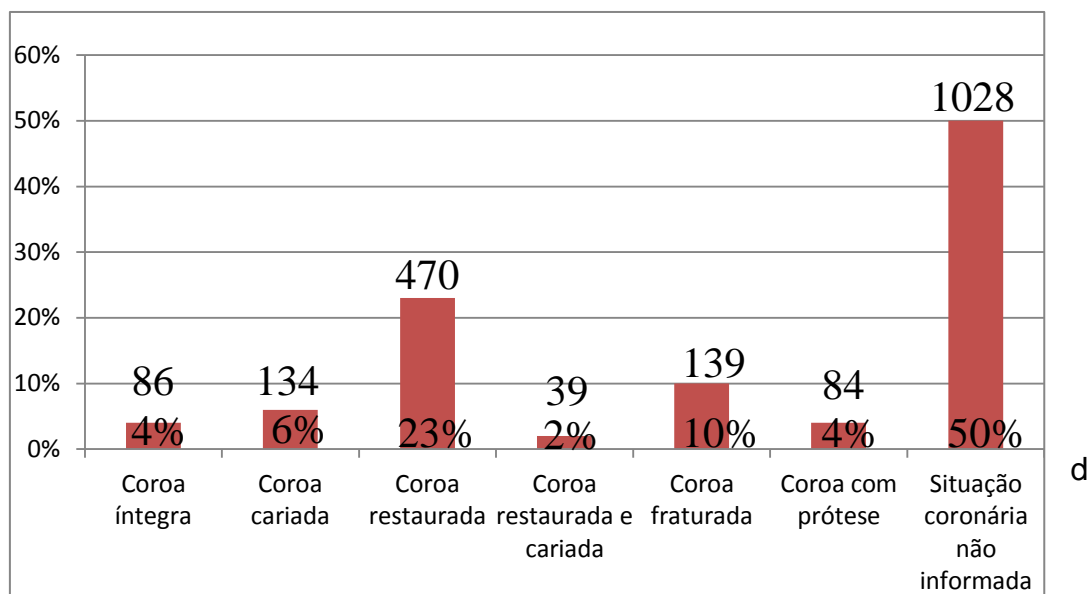
N° Dente	Percentual	N°Dente	Percentual
<b>18</b>	7 (0,5%)	<b>38</b>	29(1,5%)
<b>17</b>	81 (4%)	<b>37</b>	89 (4%)
<b>16</b>	139 (7%)	<b>36</b>	149 (8%)
<b>15</b>	73 (4%)	<b>35</b>	42 (2%)
<b>14</b>	77 (4%)	<b>34</b>	40 (2%)
<b>13</b>	35 (1%)	<b>33</b>	34(1,5%)
<b>12</b>	63 (3%)	<b>32</b>	29(1,5%)
<b>11</b>	52(2,5%)	<b>31</b>	28(1,5%)
<b>21</b>	60 (3%)	<b>41</b>	37(2%)
<b>22</b>	51(2,5%)	<b>42</b>	28 (1%)
<b>23</b>	33 (2%)	<b>43</b>	30(1,5%)
<b>24</b>	83 (4%)	<b>44</b>	47(2,5%)
<b>25</b>	86 (4%)	<b>45</b>	47(2,5%)
<b>26</b>	149 (7%)	<b>46</b>	152(7,5%)
<b>27</b>	96 (5%)	<b>47</b>	83 (4%)
<b>28</b>	8(0,5%)	<b>48</b>	27 (1%)

- 54% dos casos estão na arcada superior e 44% na arcada inferior; 2% sem informação do dente envolvido;

#### 4.5 SITUAÇÃO CORONÁRIA

Quanto à situação coronária no momento em que o paciente chegou para tratamento, foram encontrados os seguintes registros: coroas íntegras 4% (86/2035), coroas cariadas 6% (134/2035), coroas restauradas 23% (470/2035), coroas restauradas e cariadas 2% (39/2035), coroas fraturadas 10% (139/2035), coroas com prótese 4% (84/2035). Casos sem relato da situação coronária ao ser recebido para tratamento endodôntico 50% (1028/2035) e 1 dos casos relatava que a coroa possuía preparo protético (0,0004%).

Gráfico 7- Situação coronária.

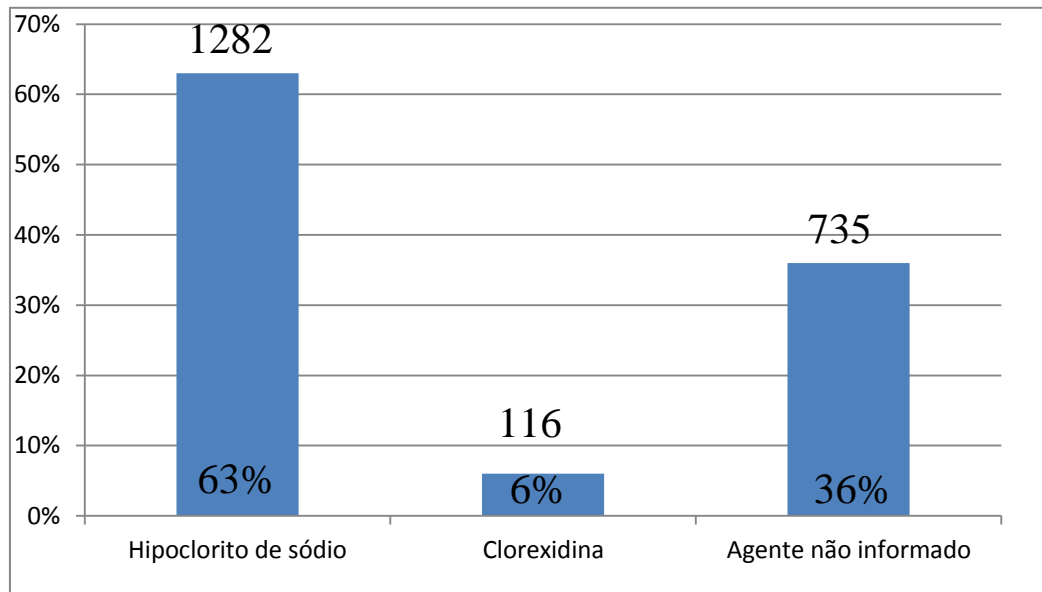


Fonte: da autora, 2016.

#### 4.6 AGENTE IRRIGANTE

O uso de hipoclorito de sódio como irrigante ocorreu em 63% (1282/2035) do total de dentes, o uso de clorexidina se deu em 6% (116/2035) do total de dentes. 36% (735/2035) dos casos não relataram qual agente foi utilizado.

Gráfico 8- Agente irrigante.

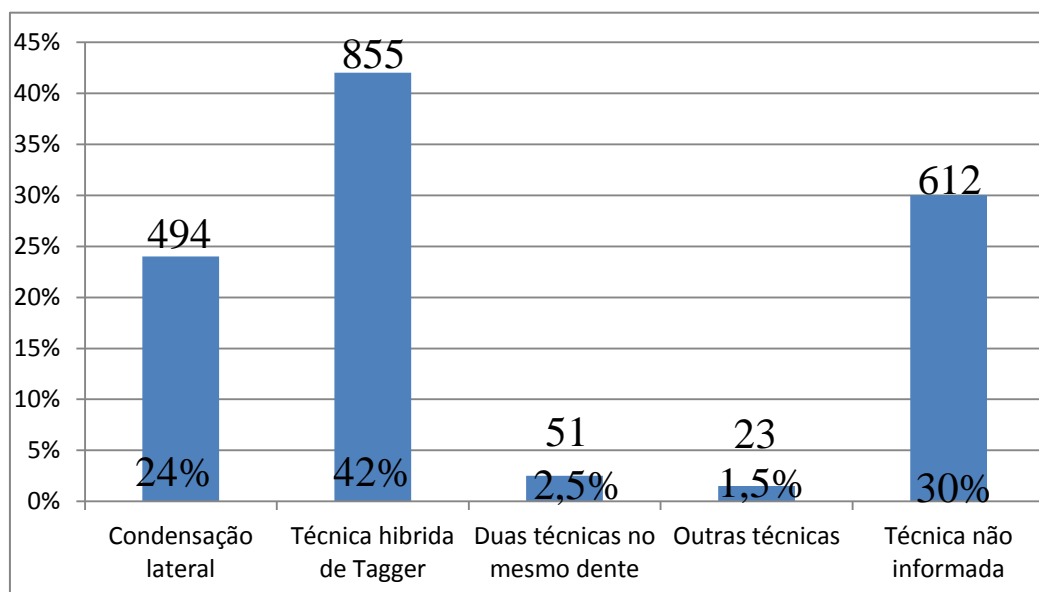


Fonte: da autora, 2016.

#### 4.7 TÉCNICA DE OBTURAÇÃO

A técnica da condensação lateral foi utilizada em 24% dos casos (494/2035), a técnica híbrida de Tagger em 42% (855/2035), as duas técnicas no mesmo dente em 2,5% dos casos (51/2035). A técnica obturadora não foi informada em 30% das fichas (612/2035) e outras técnicas foram usadas em 1,5% dos casos (23/2035).

Gráfico 9- Técnica de obturação.

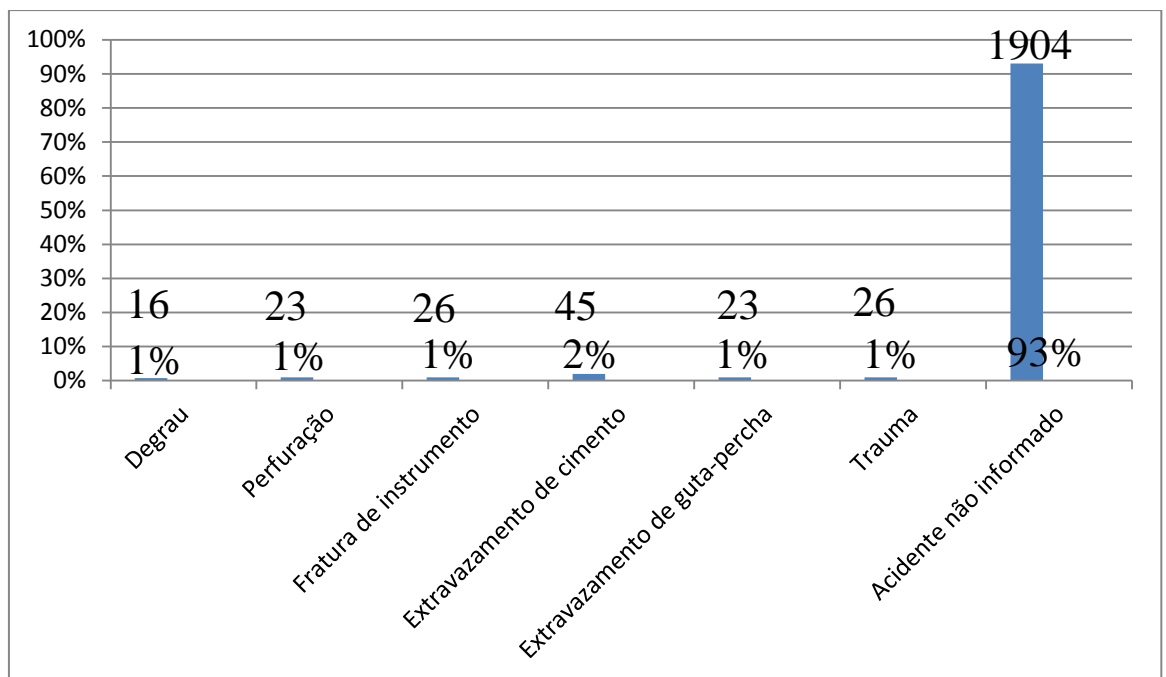


Fonte: da autora, 2016.

#### 4.8 ACIDENTES E TRAUMATISMOS

Não houve relato de acidentes durante o procedimento em 94% das fichas (1904 dos 2035 casos concluídos). O total de acidentes foi 6% (159/2035) (podendo mais de um ter ocorrido no mesmo dente): 1% (16/2035) casos de degrau, 1% (23/2035) perfurações, 1% (26/2035) fraturas de instrumentos, 2% (45/2035) extravazamentos de cimento, 1% (23/2035) extravazamentos de guta-percha, 1% (26/2035) dentes que sofreram trauma, dentre os 2035 casos concluídos.

Gráfico 10- Acidentes.

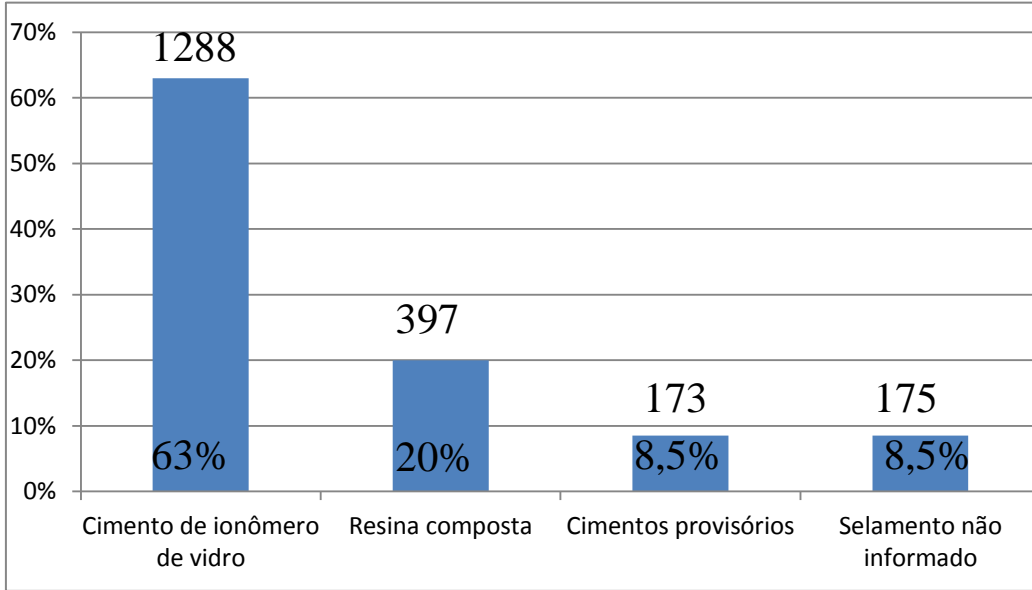


Fonte: da autora, 2016.

#### 4.9 MATERIAL SELADOR DA CÂMARA PULPAR

Dos dentes tratados, 63% (1288/2035) foram selados com cimento de ionômero de vidro, 20% (397/2035) com resina composta, 8,5% (173/2035) com cimentos provisórios e coroas provisórias (dentre esse percentual, duas coroas definitivas foram cimentadas) e em 8,5% (175/2035) dos casos o selamento da última sessão do tratamento endodôntico não foi informado.

Gráfico 11- Material selador.

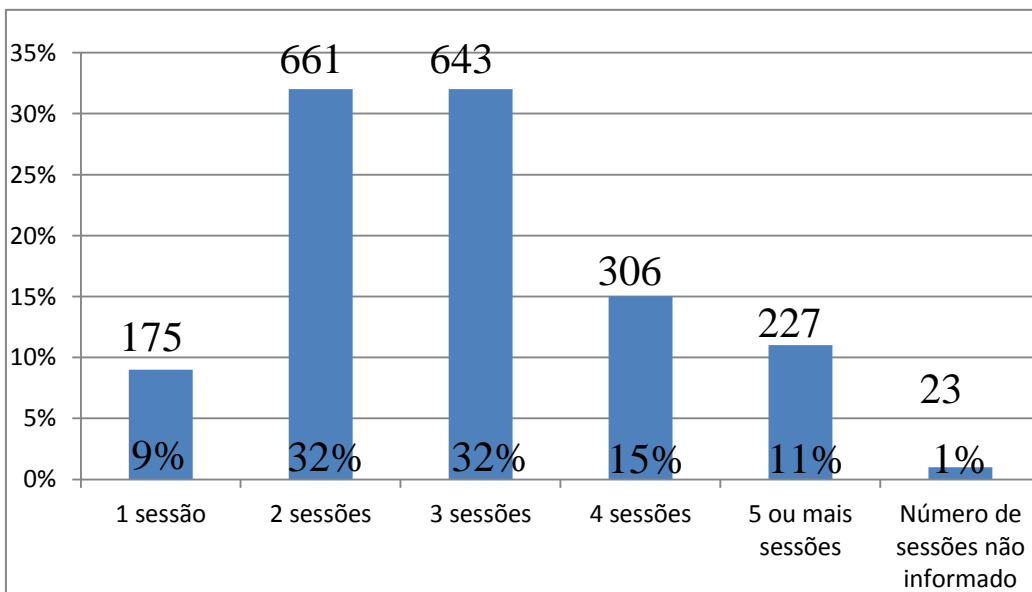


Fonte: da autora, 2016.

#### 4.10 NÚMERO DE SESSÕES

Os tratamentos foram realizados em: 1 sessão 9% (175/2035), 2 sessões 32% (661/2035), 3 sessões 32% (643/2035), 4 sessões 15% (306/2035), 5 ou mais sessões 11% (227/2035) e, 1% dos casos não teve o número de sessões informado.

Gráfico 12- Número de sessões.

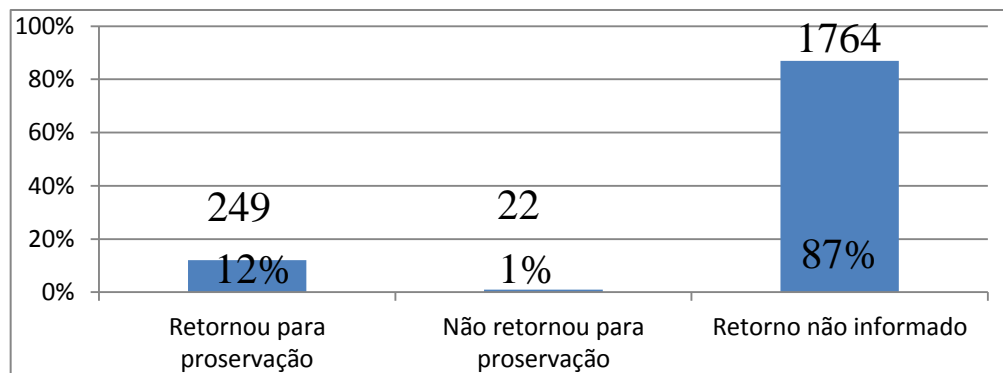


Fonte: da autora, 2016.

#### 4.11 RETORNO PARA PROSERVAÇÃO

O percentual de casos em que o retorno para preservação não foi informado foi 87% (1764/2035), casos que retornaram foram 12% (249/2035) e casos que não compareceram para preservação 1% (22/2035).

Gráfico 13- Retorno para preservação.



Fonte: da autora, 2016.

#### 4.12 OUTRAS CONSIDERAÇÕES

Além dos casos que não foram concluídos (211) da amostra total de dentes (2246), alguns casos chegaram à especialização sem necessidades de tratamento e outros procedimentos foram realizados. Outros procedimentos que não o tratamento endodôntico convencional foram listados: 22 cirurgias paraendodônticas, 11 capeamentos pulpares, 13 clareamentos internos, 77 casos sem necessidade de tratamento que foram destinados a preservação, 28 RTC seguidas de restauração, 4 ajustes oclusais, 6 medicações, 56 encaminhamentos para periodontia/implantodontia, 73 encaminhamentos para exodontia, 1 encaminhamento para tratamento da dor orofacial sem conotação endodôntica, 27 encaminhamentos para prótese, 3 encaminhamentos para área de patologia, 9 encaminhamentos para clínica integrada do curso de graduação, 1 encaminhamento para o curso de especialização em dentística, 3 encaminhamentos para o setor de triagem, 5 reimplantes dentais, 1 encaminhamento para ortodontia, 13 encaminhamentos para cirurgia e 1 revascularização de dente com rizogênese incompleta.

## 5 DISCUSSÃO

Este trabalho se propôs a analisar os prontuários endodônticos e registrar os atendimentos realizados no curso de especialização em Endodontia da UFRGS de acordo com diversas variáveis do tratamento endodôntico. Do total de 2246 casos da amostra, apenas 211 casos não foram concluídos.

Os dentes encaminhados para o curso de especialização em sua maioria já receberam, previamente, a indicação da necessidade de tratamento endodôntico. No entanto, para estabelecer o tratamento adequado, anamnese, exame clínico, testes de sensibilidade pulpar e exame radiográfico são realizados na primeira consulta do paciente. Silva (2008), utilizando recursos semelhantes ao usado nos tratamentos estudados, obteve uma correlação importante entre o diagnóstico clínico e histopatológico no que diz respeito a indicação de tratamento endodôntico radical. Alguns estudos já demonstraram que a necrose pulpar ainda é a situação endodôntica mais prevalente na clínica endodôntica, com índices de até 69,3% dessa condição. (ALBUQUERQUE; ARCHER; SOUZA, 2011). O presente trabalho também encontrou essa situação endodôntica em um percentual maior de casos, em comparação aqueles com vitalidade pulpar e necessidade de retratamento. No entanto, há diferença entre os percentuais encontrados neste e em outros estudos, mas o número de registros sem a informação da condição endodôntica pode explicar, em parte, essa diferença. No estudo de Pandolfo (2015), o índice de prontuários sem diagnóstico pulpar e periapical foi de 85,5% dos casos.

O maior número de casos de necrose em relação aqueles com vitalidade merece especial consideração. É lícito pensar que, para ocorrer a necrose pulpar, deve ter havido, previamente, a inflamação da polpa, o que já exigiria intervenção endodôntica. Soma-se a esta premissa, aqueles casos de necessidade de tratamento endodôntico por necessidades protéticas, periodontais e por traumatismos. Sendo assim, o resultado verificado de maior número de registros de tratamento de polpas necrosadas, talvez possa ser explicado pelo encaminhamento após atendimento de urgência, onde a polpa já teria sido removida e aqueles que, por dificuldade de atendimento imediato, ter ocorrido a sua necrose.

Na amostra estudada, a dor informada pelo paciente na primeira consulta obteve índices parecidos quanto a sua presença ou ausência, bem como quanto à dor ser espontânea ou provocada. Entretanto, o tempo de início da dor variou bastante entre os casos. Por não se tratar de um serviço de urgência, a dor não estava tão presente quanto em outros estudos. Kanegane et al. (2003) encontrou um índice de 61,5% de casos em que a dor foi o motivo principal, sem outras queixas, da procura pelo atendimento em um setor de urgência. A presença da dor associada a outras queixas, como, sangramento gengival, aumento de volume, mau hálito, foi encontrada em um índice de 17,5% dos questionados. Esses percentuais totalizam um índice consideravelmente maior ao encontrado nesse estudo.

Na metade das fichas analisadas não havia informação sobre alteração periodontal junto ao dente acometido. Entre os casos informados, o índice de dentes sem comprometimento periodontal foi superior ao índice daqueles com esse comprometimento. O preenchimento desse item é de grande valia para complementar o diagnóstico da patologia em questão. Segundo Fagundes (2007), a polpa e o periodonto possuem interrelação anatômica, logo, um tecido pode interferir na integridade do outro. O profissional deve considerar as várias formas de comunicação entre polpa e periodonto e suas interações bacterianas.

Os molares foram os dentes mais tratados no curso de especialização, sendo responsáveis por 50% dos casos atendidos. Este dado encontra paralelo em números citados por Santos (1998) baseado em levantamento sobre os grupos de dentes mais frequentemente necessitados de tratamento endodôntico, onde consta que 40,93% são molares, destes, 25,19%, primeiros molares. Pandolfo (2015) aponta um índice de 60,3% da amostra como percentual de dentes posteriores tratados endodonticamente, onde 28,9% foram primeiros molares e 10,3% segundos molares. O autor explica essa predominância pelo descuido com este grupo de dentes por confundi-los com os decíduos, por sua precoce irrupção, negligenciando, na infância, os cuidados necessários para a sua preservação.

O hipoclorito de sódio é um agente irrigante bastante disseminado na prática endodôntica. Por conta das suas características como agente antimicrobiano, capacidade de dissolução tecidual e limpeza e de tolerância pelos tecidos quando em concentrações apropriadas (ESTRELA et al., 2012), é a substância de escolha para uso de rotina na clínica odontológica de graduação e no curso de



especialização em Endodontia da UFRGS. O uso do soro fisiológico nos casos em que a opção não foi o hipoclorito de sódio não foi registrado nesse trabalho. Em um pequeno percentual de casos foi usada a clorexidina em substituição ao hipoclorito de sódio.

Basmadjam (2002) realizou uma revisão de literatura acerca dos fatores que influenciavam no sucesso da terapia endodôntica e dois fatores estiveram presentes em todos os estudos revisados: condição periapical prévia ao tratamento e limite apical da obturação. O extravasamento de material além do limite apical é um fator irritante aos tecidos periapicais. Sobre a condição pulpar prévia ao tratamento existem controvérsias entre os estudos, mas fica claro que o diagnóstico de vitalidade pulpar e um limite adequado de obturação aumentam o índice de sucesso dos tratamentos. Nesse estudo os dois métodos de obturação mais comumente empregados foram condensação lateral e técnica híbrida de Tagger. Camões (2007), comparou essas duas técnicas quanto a homogeneidade e qualidade da obturação e seus resultados ratificaram o que diversos estudos demonstram que a massa obturadora é mais homogênea e compacta com uso de termoplastificações. Existem estudos que discordam dessa afirmação. Lemos (2013), listou vantagens e desvantagens de cada técnica obturadora. A técnica da condensação lateral favorece o controle do extravasamento apical de material obturador, porém, demanda mais tempo e pode acarretar em falta de homogeneidade do material obturador, além de uma linha de cimentação muito espessa e com bolhas, deficiência na obturação tridimensional e estresse excessivo. A técnica híbrida permite melhor condensação do material nos terços mais cervicais do canal, além da boa vedação apical e do menor consumo de guta-percha.

Tradicionalmente, o tratamento endodôntico demandava múltiplas sessões para ser finalizado. Uma das principais razões é por que, de fato, necessita de tempo para ser concluído. A modernização da terapia endodôntica diminui o tempo necessário para essa realização (MOHAMMADI; FARHAD; TABRIZIADEH, 2006). No que diz respeito a referência sobre o tempo de execução, não entendemos como dado relevante, tendo em vista que devem ser considerados fatores extra técnica endodôntica, tais como a dificuldade do caso, a habilidade do profissional e o seu enfoque filosófico no que diz respeito a opção por medicação intracanal. O presente estudo identificou que o tratamento para ser finalizado exigiu, em média, 2 ou 3

sessões. No estudo de Pandolfo (2015), um índice de 78,3% dos tratamentos foram realizados em até 3 sessões. Molander et al. (2007) não encontrou diferença significativa na cura de tratamentos realizados em uma ou duas sessões.

Nesse trabalho, o uso de CIV predominou como material para selamento após o tratamento endodôntico. Couto et al. (2010), analisou o uso de cinco diferentes materiais seladores durante o tratamento (cimento óxido de zinco e eugenol, coltosol, CIV e resina composta) e encontrou o coltosol e a resina composta como os melhores seladores temporários. Zancan (2015) realizou uma revisão de literatura sobre selamento temporário em endodontia e o CIV apresentou-se como uma boa alternativa pela sua ação antibacteriana, expansão linear próxima a estrutura dentária e capacidade de se aderir à dentina.

O número de acidentes ocorridos durante o atendimento e relatados nas fichas foi pequeno. Pode ser questionado se ocorreram acidentes que não foram informados, como, por exemplo, aqueles que, pelo adequado tratamento, não deixaram sequelas. Porém, acredita-se que, de fato, onde não houve registro de acidente, este não aconteceu. O índice baixo de acidentes (6%) encontrados nesse trabalho está de acordo com outros estudos. Verdial (2015) encontrou um índice de 10,4% de acidentes durante abertura e instrumentação em uma clínica odontológica.

O retorno ou não para preservação apresentou índices muito baixos. Benatti (2010) encontrou uma taxa de retorno para preservação de 20,5% em uma amostra de 39 casos e atribuiu a falta de retorno à dificuldade de contato com os pacientes e ao não comparecimento sem justificativa. Há também uma importante relação entre a ausência de sintomatologia e a falta do retorno dos pacientes para preservação do caso (BARBIERI; PEREIRA; TRAIANO, 2010). O presente trabalho teve um índice de retorno não informado na grande maioria dos casos. Atribui-se ao fato de grande parte dos prontuários serem preenchidos apenas quando houve retorno para preservação. O preenchimento dos prontuários em casos em que o paciente não retornou para uma segunda avaliação ocorreu em um percentual de casos muito baixos. Pacientes que não compareceram, casos em que não foi possível contato com o paciente por diversas razões ou casos em que não houve a iniciativa do aluno do curso de especialização para solicitar o retorno não foram, na sua maioria,

descritos no prontuário. Dessa forma, contribuíram para acréscimo do índice de retornos não informados.

O fato dos registros não serem devidamente preenchidos dificulta a análise de dados e realização de pesquisas. Angeletti et al. (2001) analisaram 11.559 fichas clínicas contendo a descrição de procedimentos realizados e verificaram que 93,2% delas encontravam-se incompletas. Meo e Melani (2007), em um estudo que analisou a qualidade de prontuários odontológicos preenchidos por alunos de pós-graduação para fins de perícia de identificação humana, observaram que há uma falta de conhecimento adequado na elaboração da documentação dos pacientes, acarretando em uma documentação deficiente e que, além disso, os profissionais não atribuem a importância adequada a essa documentação. O índice de informações que não estavam contidas nas fichas endodônticas analisadas foi alto em diversas características analisadas. Destacam-se a presença ou ausência de dor, a presença de doença periodontal no dente tratado, o retorno para preservação e a situação coronária do dente ao chegar para tratamento endodôntico.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o presente estudo, foi possível observar as características dos atendimentos realizados no curso de especialização em Endodontia da UFRGS. A amostra foi significativa, pois englobou todos os casos iniciados e atendidos desde 2008 e demonstrou que a maioria dos casos foram concluídos. Os molares foram os dentes mais tratados e o percentual de casos com as três diferentes situações endodônticas da prática clínica foi similar. A presença ou ausência de dor no momento do primeiro atendimento também demonstrou percentuais similares. O hipoclorito de sódio foi significativamente o agente irrigante mais utilizado e a obturação dos canais foi realizada com condensação lateral ou técnica híbrida de Tagger, na maioria dos casos. Não houve relato de acidente em mais de 90% das fichas. O retorno para preservação ocorreu em apenas 12% dos casos.

Contudo, o percentual de características básicas do tratamento que não foi informado nas fichas de registro foi elevado, dificultando a caracterização do atendimento. A partir desse resultado, sugerem-se mudanças no preenchimento das fichas endodônticas do curso, salientando aos alunos e docentes a importância do preenchimento e do cuidado com a ficha odontológica. Além da sua relevância para a prática clínica e para a documentação do paciente, este registro odontológico é uma proteção legal para o cirurgião dentista que executou o tratamento. O registro dos procedimentos endodônticos e demais informações referentes ao paciente em um prontuário digital é algo que, hodiernamente, se impõe para facilitar o acompanhamento dos tratamentos executados e para permitir levantamentos como o que aqui se procedeu através deste trabalho.

## REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, L. A. et al. Prevalence of pulp and periapical diseases in the Clinic of Specialization in Endodontics at FOP / UPE. **Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac.**, São Paulo, v. 11, no. 1, p. 9-12, jan./mar. 2011.

AMERICAN DENTAL ASSOCIATION. **Dental records**. Chicago, 2007.

ANGELETTI, P.; ABRAMOWICZ, M. Subsídios para a otimização dos serviços da clínica. **Rev. Cons. Fed. Odontol.**, [S.l.], v. 4, n. 1, p.13-36, 2001.

BARBIERI, D. B.; PEREIRA, L. P.; TRAIANO, M. L. Controle e avaliação dos tratamentos endodônticos realizados pelos acadêmicos do componente curricular de endodontia II, em 2008/1, do curso de odontologia da universidade do oeste de Santa Catarina. **Unoesc & Ciência - ACBS**, Joaçaba, v. 1, n. 2, p. 117-124, jul./dez. 2010.

BASMADJIAN-CHARLES, C.L.; FARGE, P.; BOURGEOIS, M. Factors influencing the long-term results of endodontic treatment: a review of the literature. **Int. Dent. J.**, London, v. 52, no. 2, p. 81-86, 2002.

BENATTI, L. Z. C. **Verificação do reparo periapical em tratamentos endodônticos em que ocorreu extravasamento de cimento endodôntico obturador**. Piracicaba, SP: [s.n.], 2010. 23 f.

CAMÕES, I. C. G. et al. Estudo comparativo entre duas técnicas obturadoras: Condensação lateral x Híbrida de Tagger. **Pesqui. Bras. Odontopediatria Clín. Integr.**, João Pessoa, v. 7, n.3, p. 217-222, set./dez. 2007.

CHARANGOWDA, B. K. Dental records: an overview. **J Forensic Dent Sci.**, Chennai, v.2, no., p. 5-10, 2010.

COUTO, P. H. A. et al. Avaliação *in vitro* da microinfiltração coronária em cinco materiais seladores temporários usados em Endodontia. **Arqu. Bras. Odontol.**, Belo Horizonte, v. 6, n.2, p. 78-88, 2010.

ESTRELA, C.; ESTRELA, C. R. A.; FIGUEIREDO, J. A. P. Planejamento do tratamento endodôntico. In: ESTRELA, C.; FIGUEIREDO, J. A. P. **Endodontia: princípios biológicos e mecânicos**. São Paulo: Artes Médicas, 1999. p. 367-384.

ESTRELA, C. et al. Influence of strategies for sanitization on success of apical periodontitis therapy. **ROBRAC**, Goiânia, v. 21, no. 56, 2012.

ESTRELA, C. Estruturação do diagnóstico endodôntico. In: ESTRELA, C. **Ciência endodôntica**. São Paulo: Artes médicas, 2004. p. 23-55.

FAGUNDES, C.F. et al. Lesões endoperiodontais- considerações clínicas e biológicas. **RSBO**, Joinville, v. 4, n. 2, p. 54-60, 2007.

IMURA N, et al. Fatores de sucesso em endodontia: Análise retrospectiva de 2.000 casos clínicos. **Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.**, São Paulo, v. 58, n. 1, p. 29-34, jan./fev. 2004.

JOHNSON, W. T.; GUTMANN, L. Obturação do sistema de canais radiculares limpos e formatados. In: HARGREAVES, K. M.; COHEN, S. **Caminhos da polpa**. 9th ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007. p. 358-399.

LEONARDO, R. T.; LEONARDO, M. R. Aspectos atuais do tratamento da infecção endodôntica. **Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent.**, São Paulo, v. 66, n. 3, p. 174-181, 2012.

LEMOS, F. M. **Estudo comparativo entre duas técnicas obturadoras:** Condensação lateral x Híbrida de Tagger. 2013. 25 f. Monografia (Especialização em Endodontia) - Instituto Lenza de Odontologia /FUNORTE – SOEBRÁS, Goiânia, 2013.

KANEGANE, K. et al. Ansiedade ao tratamento odontológico em atendimento de urgência. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 6, p. 786-92, 2003.

MEO, I.C. Análise na qualidade de prontuários odontológicos para fins de perícia de identificação humana através de alunos de especialização. **Odontologia e Sociedade**, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 11-16, 2007.

MOLANDER, A. et al. Clinical and radiographic evaluation of one- and two-visit endodontic treatment of asymptomatic necrotic teeth with apical periodontitis: a randomized clinical. **J. Endod.**, Baltimore, v. 33, no. 10, p. 1145-1148, Oct. 2007.

PANDOLFO, M T. CEO-Endodontia da UFRGS: um estudo transversal sobre a prevalência de atendimentos, características dos pacientes e documentação dos prontuários. **Rev. ABENO**, Brasília, v. 14, n. 4, p. 67-77, 2015.

PEREIRA, C. V.; CARVALHO, J. C. Prevalence and efficacy of endodontic treatments at the Lavras University Center/ MG – an etiologic and radiographic evaluation. **RFO UPF**, Passo Fundo, v. 13, no. 3, p. 36-41, Sept./Dec. 2008.

PEREIRA JÚNIOR, W. et al. Análise de critérios de sucesso em endodontia e implantodontia. **ROBRAC**, Goiânia, v. 19, n. 49, 2010.

PETERS, O. A.; PETERS, C. I. Limpeza e modelagem do sistema de canais radiculares. In: HARGREAVES, K. M.; COHEN, S. **Caminhos da polpa**. 9th ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007. p. 290-351.

SANTOS, R.B. 1º Molar permanente: a incidência do tratamento endodôntico e a terapêutica conservadora da polpa. In: PURICELLI, E. **1º Molar permanente**. São Paulo: Artes Médicas, 1998. p. 85-90.

SCAVO, R. et al. Frequency and distribution of teeth requiring endodontic therapy in an Argentine population attending a specialty clinic in endodontics. **Int. Dent. J.**, London, v. 61, p.257-260, 2011.

SILVA, A L S. et al. Nível de conhecimento dos cirurgiões-dentistas sobre a qualidade dos prontuários odontológicos para fins de identificação humana. **ROBRAC**, Goiânia, v. 19, n. 51, p. 340-346, 2010.

SILVA, L. D. G. Endodontic diagnosis: evaluation between clinical and histological findings. **RGO**, Porto Alegre, v. 56, n. 1, p. 59-65, jan./mar. 2008.

SIQUEIRA JUNIOR, J. F. et al. Princípios biológicos do tratamento endodôntico de dentes com polpa necrosada e lesão perirradicular. **Rev. Bras. Odontol.**, Rio de Janeiro, v. 69, n. 1, p. 8-14, jan./jun. 2012.

SOUSA, P. C. F.; REZENDE, T. M. B. Ocorrência de perfurações radiculares nas clínicas odontológicas integradas da Universidade Católica de Brasília. **Oral Sci.**, Brasília, v. 4, n. 1, p.18-23, jan./jun. 2012.

VERDIAL, R. S. S. **A prevalência e etiologia dos acidentes endodônticos de abertura e instrumentação na Clínica dentária Egas Moniz: um estudo retrospectivo.** 2015. 53 f. Tese (Mestrado em Medicina Dentária) – Instituto Superior de Ciências da Saúde Egaz Moniz, 2015.

ZAHED, M. et al. One-visit versus multiple-visit endodontic therapy – a review. **Int. Dent. J.**, London, v. 56, no. 5, p. 289-293, 2006.

ZANCAN, R. F. et al. Seladores coronários temporários usados em endodontia: revisão de literatura. **SALUSVITA**, Bauru, v. 34, n. 2, p. 353-370, 2015.

ZINMAN, EJ. Registros e responsabilidades legais na Endodontia. In: HARGREAVES, K. M.; COHEN, S. **Caminhos da polpa.** 10<sup>th</sup> ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011. p. 400-455.

## APÊNDICE A- FORMULÁRIO PARA COLETA DOS DADOS

<b>SITUAÇÃO ENDODÔNTICA/DIAGNÓSTICO</b>															
POLPA VITAL				NECROSE PULPAR				RETRATAMENTO							
PRESENÇA DE DOR								AUSÊNCIA DE DOR							
DOR ESPONTÂNEA								DOR PROVOCADA							
INÍCIO DA DOR		>1 MÊS		1-3 MESES		3-6 MESES		6-9 MESES		>1 ANO					
PRESENÇA DE DOENÇA PERIODONTAL								AUSÊNCIA DE DOENÇA PERIODONTAL							
<b>DENTE</b>															
INCISIVO				CANINO				PRÉ-MOLAR				MOLAR			
18	17	16	15	14	13	12	1	2	22	23	2	25	26	27	28
							1	1			4				
48	47	46	45	44	43	42	4	3	32	33	3	35	36	37	38
							1	1			4				
<b>AUXILIAR QUÍMICO DO PREPARO</b>															
HIPOCLORITO DE SÓDIO								CLOREXIDINA							
<b>OBTURAÇÃO</b>															
CONDENSAÇÃO LATERAL								TÉCNICA HÍBRIDA DE TAGGER							
<b>COMPLICAÇÕES</b>															
DEGRAU				PERFURAÇÃO				FRATURA DE INSTRUMENTO							
EXTRAVALZAMENTO DE CIMENTO								EXTRAVALZAMENTO DE GUTA PERCHA							
<b>TRAUMATISMO</b>															
CONCUSSÃO		SUBLUXAÇÃO		LUTAÇÃO LATERAL		EXTRUSÃO		INTRUSÃO		AVULSÃO					
EXTRAVALZAMENTO DE CIMENTO								EXTRAVALZAMENTO DE GUTA PERCHA							
<b>SELAMENTO</b>															
RESINA COMPOSTA				CIV				CAVIT							
<b>NÚMERO DE SESSÕES</b>															
1 SESSÃO		2 SESSÕES		3 SESSÕES		4 SESSÕES		5 OU >5 SESSÕES							
<b>PROSERVAÇÃO/PROGNÓSTICO</b>															
RETORNOU PARA PROSERVAÇÃO								NÃO RETORNOU PARA PROSERVAÇÃO							



**ANEXO A- DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA USO DE ARQUIVOS,  
REGISTROS E SIMILARES**

À Comissão de Pesquisa da Faculdade de Odontologia da UFRGS

Declaro que o acesso e o uso do arquivo e/ou registro de prontuários de pacientes que foram atendidos na Faculdade de Odontologia da UFRGS está autorizado aos pesquisadores Régis Burmeister dos Santos e Thaíse Bernardo da Silva com a finalidade da realização da pesquisa intitulada " ANÁLISE RETROSPECTIVA DOS TRATAMENTOS REALIZADOS NO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENDODONTIA DA UFRGS

De acordo e ciente,

Porto Alegre, \_\_\_\_\_ de 2015.

---

Responsável pelo arquivo e/ou registro (assinatura, nome e CPF).

## **ANEXO B- TERMO DE COMPROMISSO DOS PESQUISADORES**

### **“ ANÁLISE RETROSPECTIVA DOS TRATAMENTOS REALIZADOS NO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENDODONTIA DA UFRGS”**

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos pacientes, cujos dados serão coletados diretamente de prontuários, nos locais de coleta estabelecidos. Concordam, igualmente, que essas informações serão utilizadas única e exclusivamente para a execução do projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima.

Porto Alegre, 20 de outubro de 2015.

Regis Burmeister dos Santos

Tháise Bernardo da Silva

Porto Alegre, 20 de outubro de 2015.